Rok XLVI. Kraków, dnia 19. stycznia 1907. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. prof. Kadera w Krakowie.

O wycinaniu zwężeń cewki moczowej.

Napisał

Feliks Majewski

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Bez względu na to, jakie czynniki wywołują powstawanie zwężeń cewki, jest leczenie od chwili, kiedy zwężenie już powstało i objawiło się tem lub innem zaburzeniem w oddawaniu moczu, prawie zawsze jednakowe. Najczęściej wykonywa się w takich razach rozszerzanie zwężenia przy pomocy zgłębników (t. zw. świeczek — *bougies*). Leczenie to w większości przypadków doprowadza cewkę do szerokości dostatecznej, ażeby zapewnić choremu dokładne i łatwe opróżnienie pęcherza, wymaga jednak ciągłej baczności i często musi być powtarzane. W przebiegu takiego leczenia, zresztą łatwego, mogą się nasunąć trudności, zniewalające lekarza do chwycenia się innych sposobów. Zdarzają się n. p. przypadki, w których blizny wytworzone w ścianie cewki, są nadzwyczaj twarde i niepodatne *(stricture calleuse)* i nie poddają się działaniu zgłębników. W innych znowu przypadkach wprawdzie rozszerzanie postępuje zrazu raźno, przy zastosowaniu jednak grubszych rozszerzadeł napotykamy na niepokonalne trudności. W pewnej liczbie przypadków, w których wreszcie się udało przezwyciężyć początkowy opór i cewkę rozszerzono w dostatecznym stopniu, powraca zwężenie, skoro tylko przerwie się leczenie i nadzwyczaj szybko dochodzi do dawnego stopnia, a nawet się zwiększa *(retrécissement retractil)*. Wytwarza się wskutek tego u chorego błędne koło w leczeniu.

W przypadkach takich, w których rozszerzanie na tępo postępuje bardzo opornie, należy stosować inne sposoby leczenia. Z tych największem uznaniem cieszą się rozcięcie cewki od wnętrza i elektroliza. Wszelkie inne, dawniej proponowane sposoby szybkiego rozszerzania cewki od wnętrza pomijam, jako nie mające obecnie praktycznego znaczenia. Rozcięcie cewki od wnętrza *(urethrotomia interna)* jest zabiegiem znanym, który już dawno wywalczył sobie prawo obywatelstwa w urologii, elektroliza zaś wprawdzie powoli, ale stale toruje sobie do niego drogę. Niedawno jeszcze zabierał w obronie elektrolizy głos w »Przeglądzie lekarskim« Reiss, który opierając się na kilkunastu własnych spostrzeżeniach, podnosił wielkie jej zalety, jak: szybkość wykonania, zupełne bezpieczeństwo i rychłe uzyskanie w miejscu, poprzednio zwężonem, szerokiego kanału, dochodzącego do numeru 24—25 skali Charrierea. Warunkiem nieodzownym wykonania zarówno elektrolizy, jak i rozcięcia cewki od wnętrza, jest jednak drożność cewki dla przeprowadzenia przez zwężenie przewodników, wytykających kierunek narzędziu, użytemu do operacyi. Bez tego rozcięcie cewki od wnętrza jest niemożliwe, elektroliza zaś straciłaby jedną ze swoich głównych zalet t. j. bezpieczeństwo wykonania. To jest powodem, dla którego w całym szeregu zwężeń, nie przepuszczających nietylko przewodnika, ale najcieńszego zgłębnika, zmuszeni jesteśmy szukać innych sposobów. Tymi sposobami są: rozcięcie cewki od zewnątrz *(urethrotomia externa)* (Syme) i wycięcie blizny, tamującej odpływ moczu: *urethrectomia* (König, Mollière, v. Wahl), albo, jak ją nazywa Pousson: *stricturectomia*.

Któremu z zabiegów oddać należy pierwszeństwo: rozcięciu cewki od zewnątrz, czy też wycięciu blizny? Sądzę, że z punktu widzenia chirurgicznego jedna tylko może być odpowiedź: należy wybrać zabieg, który leczy doszczętniej. Dlatego, pozostawiając rozcięcie cewki od zewnątrz, jako zabieg łagodzący (paliatywny) tylko dla przypadków, wymagających jaknajszybszego ukończenia operacyi, oddać należy pierwszeństwo doszczętnemu wycięciu blizny zwężającej.

Nadzieje, jakie pokładano w tym sposobie leczenia zwężeń cewki, zupełnie się ziściły. Za tym sposobem leczenia przemawiały także wyniki badań doświadczalnych. Stwierdzono doświadczeniami na zwierzętach (Kaufmann), że rany cewki w warunkach, jaknajmniej sprzyjających zakażeniu lub przynajmniej ograniczających jego wpływ szkodliwy do minimum, goją się bliznami nieznacznemi, jeżeli brzegi śluzówki przylegają do siebie, lub znajdują się w niewielkiej od siebie odległości.

Stosownie do sposobu, w jaki, i przestrzeni, na jakiej wycina się cewkę, rozróżniamy wycięcie blizny pozaśluzówkowe, wycięcie cewki częściowe i całkowite. Podśluzówkowe wycięcie zwężenia (Dittel), którego zasadą jest wycięcie blizn, znajdujących się w sąsiedztwie śluzówki, bez jej naruszenia, okazało się w praktyce niemożliwe do ścisłego przeprowadzenia, albowiem blizny, rozwijające się w tkance podśluzowej, wchodzą w zbyt blizki związek z samą błoną śluzową.

Częściowem wycięciem cewki posługiwać się można wtenczas, jeżeli blizny zwężające nie otaczają cewki pierścieniasto, ze wszystkich stron, ale rozwinięte są w kształcie wysepki przeważnie tylko na pewnej części obwodu cewki. Tego rodzaju zabiegów wykonano jeszcze niewiele, a to dlatego, że w przypadkach takich najczęściej inne,

łatwiejsze sposoby rozszerzania cewki również pozwalają osiągnąć pomyślny wynik, chociaż wymagają znacznie więcej czasu.

Całkowite wycięcie zwężenia oznacza wycięcie części zbliznowaciałej okrężnie, na całym obwodzie cewki. Wycięcie takie zastosowane być może przy każdym rodzaju zwężeń organicznych, tak przy zwężeniach pochodzenia zakaźnego, jak też przy urazowych. O jego zastosowaniu rozstrzyga nie etyologia, ale sam przebieg choroby. Tak, jak co do rozcięcia cewki od zewnątrz, tak i co do całkowitego wycięcia zwężenia sprowadzają się wskazania do następujących przypadków: 1. Zwężenia twarde *(retrécissements calleux)*, zwężenia prędko i łatwo powracające *(retrécissements retractils)* i wszystkie inne zwężenia, na które żaden z prostszych zabiegów nie może skutecznie zadziałać. 2. Zwężenia, klinicznie nie dające się zgłębnikować. 3) Zwężenia, anatomicznie zupełnie zamknięte.

Różni autorowie podawali różne sposoby wycięcia zwężenia. Sposoby, dziś używane, z małemi tylko różnicami posiadają jeden i ten sam plan działania, a mianowicie: 1. wycięcie blizn, 2. połączenie brzegów rany cewki tym lub innym szwem. Szczególniejszą wagę posiada dla dalszych zabiegów leczniczych na zwężonej cewce stan jej ściany górnej. O ile w ścianie tej nie ma żadnych znacznych blizn i nierówności, rozszerzanie przewodu moczowego zapomocą rozszerzadeł nie napotyka trudności. Dlatego głównem dążeniem wycięcia zwężenia jest wytworzenie w górnej ścianie cewki warunków, jaknajwięcej zbliżonych do prawidłowych.

W klinice krakowskiej staramy się w pierwszej linii rozszerzyć zwężenie drogą niekrwawą. Udawało się to nam nawet w przypadkach trudnych, ze znacznem zwężeniem i małą podatnością blizn dzięki ostrożnemu stopniowaniu grubości rozszerzadeł, zaopatrzonych przewodnikiem *(conducteur)*. Tam, gdzie z jakiegokolwiek powodu rozszerzanie wykonać się nie dało, przystępowaliśmy do zabiegu operacyjnego, o ile warunki pozwalały, jak najdoszczętniejszego, n. p. do wycięcia zwężenia. (C. d. n.)

O białaczce i chorobach pokrewnych.

Podał

Dr E. Stahr.

Białaczkę, jako chorobę najzupełniej odrębną i swoistą rozpoznał pierwszy Virchow w r. 1845 (Virchows Archiv T. 5, str. 43). Inni badacze, jak Piorry, Bennet i Rokitansky mieli również, o ile z zapisków przez nich podanych sądzić można, już dawniej sposobność spostrzegać podobne przypadki, ale uważali je za ropnicę *(pyaemia)*. Virchow, a za nim Mosler (Ziemssens Handbuch der Pathologie u. Therapie, T. VIII) odróżniał dwa rodzaje białaczki: jedną, wśród której w krwi znajdują się komórki małe, jednojądrzaste w znacznej przewadze i tę uważał za chorobę gruczołów i nazywał ją *»lymphaemia«*; — drugą zaś, wśród której zjawiają się komórki wielkie, przeważnie wielojądrzaste, tłómaczył zmianami śledziony i nazywał *»splenaemia«*. Tak więc rozróżniano z początku białaczkę gruczołową, której towarzyszył obrzęk gruczołów chłonnych i białaczkę śledzionową, która się cechowała przedewszystkiem obrzękiem śledziony.

Określenie *»leukaemia«* (λευκός, biały, αἷμα, krew), dosłownie »biała krew« odnosił Virchow do krwi, spotykanej w zwłokach, a nie u ludzi żywych; wyraźnie podkreśla, że w przypadku, w którym na sekcyi znalazł »białą krew«, krwotok nosowy tuż przed śmiercią dostarczył krwi najzupełniej prawidłowo wyglądającej.

Zapatrywanie Kossmanna (Inaug. Dissert. Berlin 1871) i Biesiadeckiego (Wiener med. Jahrbücher 1876), że przyczyna, wywołująca białaczkę, znajduje się w krwi samej, i że zmiany w narządach krwiotwórczych są sprawą wtórną, nie zdołało się utrzymać. Takie bowiem przypuszczenie, że krwinki, pierwotnie w krwi się znajdujące, nagle ulegają gwałtownemu pomnożeniu, nie tłómaczy zjawiania się w krwi białaczkowej komórek nietypowych i obcych krwi prawidłowej, których pochodzenie natomiast z narządów krwiotwórczych jest pewne. A z drugiej strony nie spotkano nigdy dotąd przypadku białaczki, w którymby dokładnie wykonane badanie nie stwierdziło jakiejś pierwotnej zmiany w narządach krwiotwórczych. Naturalnie mimo to nie jest wyłączonem, że czynnik, wywołujący białaczkę, najpierw dostaje się do krwi i tamże krąży, a że białaczkę dopiero wtedy wywołuje, kiedy z krwią dostanie się do narządów krwiotwórczych i tam się zatrzyma.

Kiedy później zaczęto opisywać i takie przypadki, w których równocześnie i gruczoły chłonne i śledziona były zajęte, zaczęto obok postaci typowych t. j. gruczołowej i śledzionowej, wyróżniać jeszcze postać mieszaną: gruczołowo-śledzionową.

Wtedy zjawiły się prace Neumanna (Ctrblatt für med. Wissenschaften 1868 i 1869, cyt. wedle Limbeka), które dowiodły, że szpik kostny ma dla wytwarzania krwi znaczenie bardzo ważne i że w białaczce bywa zajęty. Odtąd zaczęto na ten narząd krwiotwórczy baczniejszą zwracać uwagę i w przypadkach białaczki, w których nie zdołano stwierdzić żadnych zmian ani w gruczołach, ani w śledzionie, zaczęto dopatrywać się wyłącznego źródła choroby w szpiku kostnym; odtąd zaczęto odróżniać trzecią postać białaczki, a mianowicie białaczkę szpikową *(myelaemia)*. A ponieważ Neumann coraz bardziej zaczął przekonywać, że nie ma białaczki bez zajęcia szpiku kostnego, zaczęto się skłaniać do zapatrywania, że właściwie obie białaczki, zarówno gruczołowa, jak i śledzionowa, są postaciami mieszanemi, a mianowicie, że pierwsza jest właściwie białaczką gruczołowo-szpikową, a druga śledzionowo-szpikową.

Tak więc wedle Neumanna (Berl. kl. Wochenschr. 1878, Nr 6, 7, 9, 10) każda białaczka jest albo wyłącznie chorobą szpiku kostnego, albo przynajmniej na równoczesnem zajęciu szpiku kostnego polega, czyli zawsze jest chorobą szpiku kostnego.

Do zapatrywania tego przyłączył się w ostatnim czasie Askanazy (zobacz sprawozdanie ze zjazdu wrocławskiego 1904), przyjmując zgodnie z Neumannem dla wszelakich białaczek zawsze jednakową patogenezę, a mianowicie: Bujający szpik kostny w każdej postaci białaczki nie może się pomieścić w swem łożysku kostnem i niejako przelewa się do krwi. Każda białaczka polega na biernem wypłukaniu leukocytów ze szpiku. Słuszności tego zapatrywania dowodzić ma to, że składniki krwi białaczkowej równają się we wszystkich tak dodatnich, jak ujemnych własnościach (brak kryształów Charcota w limfemii) zawsze składnikom białaczkowego szpiku. Do dziś dnia, twierdził Askanazy, to samo głosi Pappenheim[1]), nie

---

[1]) Przypadki »białaczki bez zajęcia szpiku kostnego« nie wytrzymały wedle Pappenheima ścisłej krytyki naukowej. Do przypadków Moslera (Virch. Arch. 25) i Heucka (Virch. Arch. 28) odnosi się krytyka Neumanna (Berl. klin. Wochenschr. 1880); przypadek Leube-Fleischer (Virch. Arch. 83) nie wytrzymuje krytyki Askanazego (Deut. med. Wochs. 1895, Nr 52). Dotąd znane są tylko trzy przypadki, w tym względzie niejasne, jednak nie wszechstronnie wedle modnych wymagań zbadane: Eichhorsta (Virch. Arch 113), Fleischer-Penzolda (Deut. Arch. für klin. Med. 26, 1880) i najnowszy Hirschlaffa (Ibidem 62). (Podane za Pappenheimem).

stwierdzono pewnego przypadku białaczki bez zajęcia szpiku kostnego.

Neumann opierał się w wywodach swoich na badaniach anatomiczno-patologicznych narządów krwiotwórczych, natomiast Ehrlich oparł się wyłącznie na cytologii krwi. Zwrócił on uwagę, że drobnowidowo inaczej wygląda krew w białaczce gruczołowej, a inaczej w postaci, zwanej niesłusznie śledzionową. W pierwszym przypadku ma krew cechy limfatyczne (lymphocytisch), w drugim przypomina utkanie szpiku kostnego (myelocytisch). Zgodnie też z wynikami prac Neumanna, uzyskanymi na innej drodze, dowodzi Ehrlich, że białaczka t. zw. śledzionowa jest właściwie chorobą nie śledziony, ale wyłącznie i pierwotnie sprawą szpikową *(myelaemia)* z towarzyszącym obrzękiem śledziony. Na podstawie badań ucznia swojego Kurłowa (jak Ehrlich pisze: Kurloffa) odmawia Ehrlich śledzionie wszelkiego znaczenia dla wytwarzania krwi i dlatego wyłącza z góry możność istnienia białaczki czysto śledzionowej. Co się zaś tyczy białaczki gruczołowej, to uważa ją mimo badań Neumanna za wyłączną i pierwotną chorobę gruczołów chłonnych *(lymphaemia)*, wśród której może, ale tylko przypadkiem, zachorzeć i szpik kostny. Dlatego Ehrlich dzieli (zobacz VIII Tom w podręczniku Nothnagla. Cz. I, str. 116) białaczkę na gruczołową (lymphatische Leukaemie) i szpikową (myelogene Leukaemie). Białaczka gruczołowa występuje klinicznie w dwóch postaciach: ostrej i przewlekłej. W obu razach głównym morfologicznym składnikiem krwi są limfocyty (do 100%). Białaczka szpikowa ma zaś wedle Ehrlicha zawsze przebieg przewlekły i cechuje się zawsze typowym obrazem krwi. Nie ilość leukocytów stanowi o niej, ale wzajemny stosunek i rodzaj leukocytów, zjawiających się w krwi. Obok krwinek białych wielojądrzastych ziarnistych pojawiają się i ziarniste leukocyty jednojądrzaste, a więc neutrofilne, eozynofilne i bazofilne myelocyty, zjawiają się dalej nieprawidłowe postacie, mianowicie karłowate postacie poszczególnych rodzajów leukocytów, jakoteż krwinki białe z mitozami, a wreszcie jądrzaste krwinki czerwone. Objawem niezbędnym dla rozpoznania jest wzmożenie się ilości komórek eozynofilnych i tucznych. O zachowaniu się limfocytów i wielkich jednojądrzastych nie mówi Ehrlich szczegółowo. Lazarus tylko w ostatniej części dzieła Ehrlicha (l. c. str. 116) podaje szereg przypadków z dokładnym obrazem krwi i podaje, że ilość limfocytów i wielkich jednojądrzastych jest zawsze zmniejszona i nigdy prawidłowej liczby (20—25%) nie dochodzi.

Ehrlich zatem głosił, że jak wśród pierwotnej szpikowej białaczki obrzęk śledziony, albo czasem zjawiające się też i obrzęki gruczołów są sprawą wtórną i przypadkową, tak znowu odwrotnie wśród białaczki gruczołowej limfadenoidalne zwyrodnienie szpiku jest także przypadkową przerzutową zmianą, która bierze początek w pierwotnie zajętych gruczołach.

Tymczasem pojawiły się znowu prace [1]) Walza, Pappenheima, Körmöcziego, Denninga i innych, w których autorowie opisywali przypadki ostrej i przewlekłej białaczki gruczołowej bez żadnych, nawet mikroskopowych zmian śledziony lub gruczołów chłonnych; jedynie i wyłącznie w szpiku kostnym można przy ścisłem badaniu mikroskopowem stwierdzić limfadenoidalne zwyrodnienie i bujanie. I wtedy nasunęła się badaczom myśl, że obok białaczki limfatycznej w rozumieniu Ehrlicha musi też istnieć białaczka limfatyczna pochodzenia szpikowego. Tak więc, jak obok białaczki szpikowej z obrzękiem śledziony odróżniamy i białaczkę gruczołową z obrzękiem śledziony, tak samo należy odróżniać białaczkę szpikową pochodzenia szpikowego od białaczki limfatycznej, która może być także wyłącznie szpikowego pochodzenia.

I dlatego podział Ehrlicha (w pierwszej części podręcznika Nothnagla T. VIII), który zna tylko białaczkę gruczołową, pochodzenia gruczołowego z obrazem krwi limfatycznym i białaczkę szpikową, pochodzenia i utkania szpikowego, musieli uczniowie Ehrlicha, Pinkus i Lazarus, piszący w drugiej części podręcznika Nothnagla o białaczkach szczegółowo, nieco zmienić. I nie spotykamy odtąd »myelogene« i »lymphatische Leukaemie« — ale »myeloide« i »lymphatische«, lepiej »lymphadenoide Leukaemie«.

Przez »myeloide Leukaemie« rozumieją autorowie taką postać białaczki, która polega wyłącznie na bujaniu tkanki szpikowej, znajdującej się w warunkach prawidłowych tylko w szpiku kostnym, — a przez »lymphatische Leukaemie« — a jak już wyżej wspomniałem, lepiej »lymphadenoide Leukaemie« — rozumieć się ma tę postać białaczki, która polega na bujaniu zwykłej tkanki siatkowatej limfadenoidalnej bez względu na to, czy ona się znajduje w gruczołach chłonnych, czy w śledzionie, czy też także, jak Pappenheim utrzymuje, i w szpiku.

Dla ułatwienia pozwolę sobie na tem miejscu zaznaczyć, że odtąd przymiotników »gruczołowy« *(lymphaticus)*, »śledzionowy« (*lienalis*), »szpikowy« (*myelogenes*, *medullaris*) będę używał dla oznaczenia narządu, w którym się sprawa toczy, przymiotniki zaś *»myeloides«* (szpikowaty) i *»limphadenoides«* (gruczołowaty) oznaczać będą histologiczne cechy sprawy. Niektórzy autorowie używają zamiast *»lymphadenoid(es)«* przymiotnika *»lymphoid(es)«* i sprawiają przez to zamieszanie, bo nazwy *»lymphoid(es)«* używają poważni autorowie dla określenia czerwonego szpiku kostnego płodowego i w tem tylko znaczeniu powinno się nazwy tej używać. Formuła hematologiczna (limfocytowa, myelocytowa) będzie nam zatem wskazywać tylko, jaka tkanka krwiotwórcza w chorym ustroju buja, bez względu na to, który narząd jest zajęty sprawą chorobową; na narząd zaś zajęty wskazuje tylko o tyle, że tkanka szpikowa znajduje się przypadkowo wyłącznie w szpiku kostnym w warunkach prawidłowych i dlatego obraz krwi myelocytowy, wskazując tkankę zajętą, wskazuje równocześnie chory narząd (szpik kostny). Tymczasem formuła limfocytowa niekoniecznie zawsze, chociaż przeważnie, wskazuje na gruczoły (lub też śledzionę), bo tkanka limfatyczna znajduje się w ustroju i poza obrębem gruczołów i w bardzo wielu innych narządach. Z tego zatem wynika, że jest rzeczą przypadkową i drugorzędną, w jakim narządzie toczy się sprawa chorobowa, — rozstrzyga tylko to, który rodzaj zawartej w tym narządzie tkanki krwiotwórczej, limfatyczna czy szpikowa, uległ chorobowemu bujaniu, a bujając chorobliwie odzwierciedla się w obrazie krwi. Gdziekolwiek w ustroju zacznie bujać białaczkowo tkanka limfadenoidalna, czy w gruczołach, czy w śledzionie, skórze lub jelitach, a nawet powiedzmy i w szpiku kostnym, jak to twierdzi Pappenheim, to wywoła białaczkę limfadenoidalną. I dlatego w myśl zapatrywań Pinkusa i Lazarusa nie możemy zgodzić się na zapatrywanie Ehrlicha; że zwyrodnienie limfadenoidalne w szpiku wśród białaczki limfadenoidalnej jest sprawą następową, jakby sprawą przerzutową z pierwotnie zajętych gruczołów, ale musimy je uważać za samoistne, czynne bujanie miejscowych limfocytów w szpiku, które jest równorzędne z równoczesnem bujaniem w gruczołach i samoistnie zmienia skład krwi tak, jakby to czyniła białaczka limfadenoidalna, ograniczona co do swej siedziby wyłącznie do szpiku kostnego bez wszelkiego zajęcia gruczołów. Czy wśród białaczki limfadenoidalnej szpik kostny jest sam tylko, czy równocześnie z gruczołami zajęty, jest rzeczą czystego przypadku; tak samo jest rzeczą przypadkową, czy wśród białaczki limfadenoidalnej

[1]) Walz: Über die Beziehungen der lymphatischen Leukaemie zum Knochenmark und zum reticulären Gewebe. Arb. aus d. patholog. Instit. Tübingen. T. 2. Z. 4. 1899. — Pappenheim: Über Lymphaemie ohne Lymphdrüsenschwellung. Zeitschrift für klin. Med. T. 39. 1900. — Körmöczy: Das haematologische Bild der Lymphaemie ohne anatomischen Befund. Deut. med. Wochs. 1899 Str. 238. — Denning: Über einen Fall von akuter Leukaemie ohne mikroskopisch nachweisbare Veränderungen der blutbildenden Organe. Münch. med. Wochs. 1901. Nr 4.

z obrzękiem gruczołów jest szpik zajęty, czy nie; krótko mówiąc, jest prostym przypadkiem (przynajmniej dotąd nie umiemy sobie tego wytłómaczyć inaczej), czy wśród białaczki limfadenoidalnej bują tkanka limfatyczna wszędzie, a więc w gruczołach, śledzionie i szpiku, czy n. p. tylko w gruczołach, jak to wedle Pinkusa bywa w przeważnej liczbie przypadków. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Nauka o położnictwie dla użytku uczniów i lekarzy, napisana przez prof. Jordana ze współudziałem doc. St. Dobrowolskiego. Zeszyt pierwszy. Kraków, 1907.

Mamy tedy własny podręcznik o położnictwie. Szkoła krakowska nie mogła lepiej rozpocząć Nowego Roku, jak od rozpoczęcia wydania »Nauki o położnictwie«, napisanej przez czcigodnego prof. Jordana ze współudziałem pracowitego i utalentowanego docenta Stanisława Dobrowolskiego. Już przed szeregiem lat rozpoczął prof. Jordan wydawać podręcznik o położnictwie i już wówczas podnoszono zalety jego dzieła.

»Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda Korczyńskiego w Krakowie« dobrze się piśmiennictwu polskiemu przysłużyło, że dzieło to nakładem swoim wydaje.

Rzadko kiedy odczytywałem książkę jaką z takiem zaciekawieniem, a zarazem zajęciem i przyjemnością, jak ten pierwszy zeszyt nauki o położnictwie. Jeżeli mam z góry o dziele tem wypowiedzieć zdanie, to zaznaczam, że poglądowe i logiczne przedstawienie przedmiotu, jasność formy i dokładność treści, oraz uwzględnienie najnowszych zdobyczy nauki przykuwają do dzieła uwagę czytelnika, mającego w ręku rzecz dobrą i pożyteczną. Studenci z chęcią czerpać będą z takiego dobrego i rodzimego źródła swe wiadomości, a lekarze praktycy nieraz udawać się będą do podręcznika po poradę i naukę. Dobrą była myśl, że dzieło powyższe zaopatrzono wprost wspaniałymi rysunkami z wykładów położniczych Bumma. Rysunki przedstawiające n. p.: (na str. 27) układ włókien mięśniowych w macicy, przekrój macicy i łożyska (str. 66), ustawienie potylicy (str. 175) są bardzo pouczające i odrazu spamiętać je łatwo. Ważną i dobrą rzeczą w podręczniku tym jest łatwe oryentowanie się w przedmiocie. Część pierwsza przedstawia anatomiczne stosunki części ciała niewiasty, odnoszących się do sprawy płodzenia, następuje fizyologia i dyetetyka sprawy płodzenia w ustroju niewieścim, a na końcu zeszytu pomieszczony jest początek patologii i terapii ciąży, porodu i połogu. Sądząc z pierwszego zeszytu, będzie to dzieło dość obszerne, które stanie się nietylko ozdobą piśmiennictwa polskiego, ale które zawodowi naszemu i jego adeptom wielkie odda usługi.

Przechodząc do treści dzieła, uważam przedstawienie dyetetyki ciąży, porodu i połogu, oraz opis mechanizmu porodu za najlepiej opracowane. Przez to nie twierdzę wcale, aby i reszta treści nie była dobrą. Że tu i owdzie recenzent miałby jaką drobnostkę do nadmienienia, jakości dzieła nie ma uwłaczać; recenzent wypowiada tylko swoje indywidualne zapatrywania.

Na str. 29 czytamy, że cała macica zaopatrzona jest w nerwy, ale z dalszego opisu nie wynika, że w całej macicy, nietylko przy szyjce, znajdują się liczne zwoje, z których na wszystkie strony rozchodzą się pojedyncze gałązki nerwowe. Czego się nie udało stwierdzić Labhardtowi, wykazał to zapomocą metody Ramon y Cajala w ostatnich czasach włoski badacz la Tore.

Na str. 43 mowa o zapłodnieniu. Czy nie dobrze byłoby tutaj rozróżniać inseminacyę od impregnacyi, choćby już dlatego, że oba działania miejscowo i czasowo od siebie się różnią? Z przedstawienia dalszego nie zdaje się wynikać, że impregnacya następuje nie w macicy, lecz w strzępkach jajowodu, bo na str. 44 czytamy: »Ruchliwe plemniki posuwają się coraz dalej przez całą długość trzonu macicy i przez jajowody aż do jajników i łatwo na tej drodze mogą napotkać jajko, wydzielone z jajnika. Najłatwiej następuje jednak to zetknięcie w przewodzie jajowodu«. Oto jajko, jeżeli się dostało już do macicy, wówczas sposobność do zapłodnienia minęła niepowrotnie!

Na str. 117 i 118 opisując objaw Hegara, jako znak rozpoznawczy ciąży, mówią autorowie, że »odcinek macicy, leżący tuż ponad ujściem wewnętrznem, jest bardzo miękki«; możeby należało było dodać: »i łatwo dający się ścisnąć«. Przed opisem objawu Brauna zwróciłbym był uwagę na to, że już od 6. tygodnia ciąży macica robi wrażenie ciastowate, a co Loehlein wcale dobrze nazywa: »cystische Weichheit«.

Na str. 116 czytamy: »tętno płodowe dowodzi także niezbicie, że jest ciąża i że płód żyje; ale słyszeć je możemy zwykle dopiero od połowy ciąży«. Skutsch, a głównie Sarvey już o wiele wcześniej, bo już nawet od 13 tygodnia słyszeli tętno płodowe. W 98,2 prc. przypadków Sarvey słyszał je zawsze i to w miejscu przedniej ściany macicy, leżącej ponad płaszczyzną poziomą ujścia wewnętrznego macicy. Choćby spostrzeżenia Sarveya nie dały się stale potwierdzić, to w każdym razie, na co już Herff zwrócił uwagę, można przed 18. tygodniem ciąży wysłuchać tony serca płodu, a więc już przed połową ciąży.

Na str. 125 czytamy: »czas trwania ciąży i jej kres prawidłowy.... średnio przypada 271. dnia«. Tutaj byłbym dodał: »ale w rzadkich przypadkach trwać może ciąża aż do 310 dni (Winckel)«. Uwaga ta byłaby może dla lekarza praktyka i ze względu sądowo-lekarskiego nieraz nie bez znaczenia.

Na str. 133 czytamy: »Jakkolwiek ciąża jest stanem fizyologicznym, to przecież w tym czasie zachodzą w ustroju niewiasty wielce doniosłe zmiany, które ją usposabiają do ciężkich chorób«. Byłbym tutaj zwrócił uwagę na prace Józefa Starzewskiego i Davisa o szkodliwem działaniu płodowych wydalin i składników na ustrój matki, aby w ten sposób przedstawić i uwydatnić czytelnikowi powód owych doniosłych zmian w ustroju wskutek ciąży. Chemiczna korelacya w ustroju nietylko w czasie ciąży, ale wogóle większą i donioślejszą odgrywa rolę, niż obecnie przypuszczamy! Tutaj pole nauki prawie jeszcze odłogiem leży. Co się zaś tyczy różnych objawów w czasie ciąży, to zdaje się podług Starlinga, że płód sam, a nie łożysko, nie kosmki kosmówki są głównym zmian tych powodem. A przytem płodu za pasorzyta wcale uważać nie można, przeciwnie żyje on z matką w zupełnej symbiozie. Doświadczenia Bara i Daunaya dowiodły, że kobieta w ostatnich miesiącach ciąży dziennie 3—4 gr. więcej zatrzymuje w sobie azotu, niż przy równych warunkach odżywiania w stanie zwykłym. Ciąża więc nie zmusza matki do naruszenia niejako swego azotu, aby potrzebom płodu zadość uczynić.

Mówiąc o przyczynach bolów porodowych i porodu (str. 157) nie godziłbym się na zdanie, że »kurczenie się macicy jest, jak każda czynność w ustroju, wynikiem działania nerwów«. Skurcze macicy powstają, mniemam, w dwojaki sposób: *a*) na drodze nerwowej przez drażnienie zwojów nerwowych w macicy lub na drodze odruchowej, *b*) na drodze mięśniowej przez drażnienie bezpośrednie mięśni. Teorya myogeniczna nietylko do serca się stosuje. Przy opisywaniu czynników, wywołujących wystąpienie bolów porodowych, należało może zwrócić uwagę na to, że podczas gdy ruchy dziecka przy końcu ciąży stają się silniejsze, ilość wody płodowej jest stosunkowo mniejsza i wskutek tego działanie ruchów dziecka na macicę staje się tem silniejsze. Przed 14 laty, dając w »Nowinach lekarskich« pogląd na dotychczasowe teorye, objaśniające powód rozpoczynania się porodu, wspomniałem przy końcu o doświadczeniach fizyologicznych Kroneckera, który stwierdził, że małe, na nerwy działające bodźce mają wpływ kumulacyjny czyli nagromadzający tak, że słabe prądy elektryczne żadnych, lub słabe tylko wywołują poruszenia; działając jednakże przez czas dłuższy, wywołują nawet napady padaczkowe. Oto opierając się na tym fakcie fizyologicznym, pisałem wówczas, że jajo działa od samego początku ciąży na macicę jako słaby bodziec, ale działając stale przez cały przebieg ciąży, nagromadza się niejako pobudliwość w macicy do tego stopnia, że wywołuje ona przy końcu ciąży bole porodowe. Cybulski w swej »Fizyologii« o zapatrywaniu tem wspomina, a w czasach ostatnich doświadczenia Blumreicha (Arch. f. Gyn. T. 71, zeszyt 1) potwierdzają zapatrywanie moje ówczesne, bo dowodzą, że wrażliwość oddziaływania macicy na bodźce mechaniczne w ciąży wzmaga się i że są one w możności poród wywołać.

Znakomite przedstawienie mechaniki porodu w podręczniku autorów byłoby może jeszcze więcej zyskało, gdyby oprócz rysunków Bumma dodali autorowie jeszcze kilka rysunków z wybornego dzieła Hugona Sellheima z Düsseldorfu p. t.: »Die Beziehungen des Geburtskanals und des Geburtsobjectes zur Geburtsmechanik«. Głównie zaś rysunki, objaśniające mechanicznie rotacyę przez współdziałanie zgięcia się przewodu porodowego z nierównomiernem zginaniem się walca płodowego, byłyby jeszcze więcej przyczyniły się do łatwego zrozumienia przedmiotu. Ale to rzecz mniejszej wagi.

Na str. 320 czytamy, że niedokrwistość złośliwa »przydarza się wyjątkowo także u mężczyzn, najczęściej jednak u kobiet ciężarnych«. Statystyki ostatnie, o ile znam piśmiennictwo, tego nie potwierdzają. Według tekstu str. 321 ma do rozpoznania niedokrwistości złośliwej między innemi przyczyniać się zachowanie się megalocytów, a więc owych nadmiernie wielkich krwinek o wielkich jądrach, a które to krwinki znajdują się stale w krwi płodowej. Megalocyty znamiennym objawem przy niedokrwistości złośliwej być nie potrzebują, bo mogą one także wcale w tej chorobie we krwi się nie pojawić.

Na str. 324 i 327 zamiast »płód ulega wymoczeniu« i »płód wymiękły«, wolałbym osobiście wyrażenie płód »zbutwiały«, ale że Słownik nasz lekarski polski wyrazu tego nie podaje, — przeciwnie te wyrazy, których autorowie użyli, — nie przywiązuję do tego znaczenia, bo inaczej powstałby grzeszny tylko zamęt w słownictwie naszem. Mówiąc o sekcyi takich płodów, należało, zdaje mi się, zwrócić uwagę na potrzebę badań mikroskopowych celem ewentualnego wykrycia krętka bladego w poszczególnych narządach. Badanie płodów zmacerowanych także na krętki blade będzie może w przyszłości konieczne i potrzebne, skoro Simmonds znalazł je w takich płodach. Słusznie też Herff dziwi się, że dotąd płodów zmacerowanych nie uważa się za materyał zakaźny.

Przy opisywaniu leczenia rzucawki za mało, zdaje mi się, zaakcentowany jest upust krwi, który w ostatnim mianowicie czasie znów przy leczeniu choroby tej ważną zaczyna odgrywać rolę. Zweifel i inni bardzo za upustem krwi w rzucawce przemawiają, gdyż upust usuwa choć część jadu, krążącego w krwi, zmniejsza nadmierne ciśnienie krwi oraz zapobiedz może wytworzeniu się obrzęku płuc.

Na jedno jeszcze pozwolę sobie zwrócić uwagę. Nie tyczy się to wprost pracy autorów, jak raczej grecko-łacińskiego mianownictwa lekarskiego wogóle. Jest ono stekiem błędów najróżnorodniejszych. Używamy je mimo to stale, a przecież od czasów cennych, a tak mało znanych prac Kossmana o tym przedmiocie, nie trudną byłoby rzeczą sprawę tę ujednostajnić w sposób, odpowiadający wymogom nauki. To też gdybym dzieło powyższe był pisał, dodałbym za każdem wyrażeniem łacińskiem lub łacińsko-greckiem wyrażenie poprawne, choćby tylko w nawiasie, aby przypomnieć czytelnikowi, jak się mówi i pisze fałszywie, a jakby pisać należało. Przytoczę kilka tylko przykładów. Nie powinno się pisać *menstruatio*, lecz *menstruum* (str 37), nie *iliacus*, lecz *ilicus* (str. 15), nie *hypogastricus*, lecz *hypogastrius*, nie *umbilicalis*, lecz *umbilicaris* itd.

Może zadługo rozpisałem się, ale dzieła tak poważnego kilku ogólnikami zbyć nie godziło się.

Kończąc, winszuję z głębi serca czcigodnemu kierownikowi naszej szkoły krakowskiej, oraz jego współpracownikowi, że przez dzieło swe oddali naszej ubogiej nauce rodzimej wielką przysługę. Oby niezadługo podręcznik został ukończony, a po upływie krótkiego następnie czasu powtórnego doczekał się wydania. Znakomity rozkład oraz dobra treść dzieła na to zasługują. Byłby to w piśmiennictwie naszem nie za częsty wypadek.

Heliodor Święcicki.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Doc. Czystowicz. **O budowie nowotworów zapalnych, rozwijających się na miejscu wprowadzenia części składowych prątków gruźliczych.** (*Charkow. med. żurn.* 1906, paźdz.). Autor wstrzykiwał morskim świnkom podskórnie 1 prc. zawiesinę wosku, uzyskanego z prątków gruźliczych (po 0·5 cm.^{3}) i zawiesinę prątków gruźliczych, pozbawionych tego wosku. W miejscu wstrzyknięcia powstawały wkrótce niewielkie gruzełki. Te, które powstawały po wstrzyknięciu prątków, pozbawionych wosku, ulegały zazwyczaj po $1^1/_2$—2 tyg. zupełnemu wessaniu. Wnioski autora są następujące: 1) odporność prątków gruźliczych względem kwasów zależy nietylko od wosku gruźliczego, lecz i od innych nieznanych jeszcze dokładniej składników ich protoplazmy, nie niszczejących pod wpływem substancyi wosk rozpuszczających. Być może, że w związki te wchodzą i kwasy tłuszczowe. 2) Wosk gruźliczy, wprowadzony pod skórę, wywołuje powstanie aseptycznego ropnia, naokoło którego zjawiają się komórki olbrzymie i otoczka włóknista. Udział jednojądrzastych komórek nabłonkowatych jest przy tem nieznaczny. 3) Gruzełek, powstały wskutek wstrzyknięcia wosku gruźliczego, albo przebija na zewnątrz, albo długi czas nie ulega żadnym zmianom. 4) Na miejscu wstrzyknięcia prątków, pozbawionych wosku, gromadzą się naprzód wielojądrzaste leukocyty, które wchłaniają prątki, a które potem wypiera tkanka ziarninowa, złożona z komórek nabłonkowatych i fibroblastów, silnie unaczyniona. Komórek olbrzymich nie można prawie nigdy zauważyć. Znajdują się one, jak i otoczki włókniste, tylko wtedy, jeżeli wstrzyknięto bardzo dużo źle rozdrobionych prątków, przy zanieczyszczeniu watą i t. d. Tkanka ziarninowa znika bez śladu w ciągu 2—3 tygodni. 5) Strawienie odtłuszczonych prątków wewnątrz leukocytów jednojądrzastych odbywa się przez przeistoczenie prątków w masy bezbarwne, błyszczące, nie barwiące się sposobem Ziehla i Kühnego. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Doc. Sławcow. **W sprawie jednolitości sernika.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 46). Autor starał się sprawdzić twierdzenie prof. A. Danilewskiego i Radenhausena, że osad białka, otrzymywanego z mleka przy pomocy kwasów (z kazeinogeny), składa się z mieszaniny 2 rodzajów białka, z których jeden rozpuszcza się w wyskoku. Autor stwierdził, że po oziębieniu wyskokowego (4 prc.) wyciągu z sernika mleka krowiego (uzyskanego sposobem Hammarstena), powstaje drobnoziarnisty osad, zawierający niekiedy ślady tłuszczu, które najlepiej usunąć eterem. Osad ten, wysuszony nad kwasem siarkowym przy zwykłej ciepłocie, łatwo r zpuszcza się w słabych alkaliach i 5 prc. roztczynie fosforanu sodowego. Roztczyny jego dają odczyny: biuretowy Milona i ksantoproteinowy, po dodaniu kwasu octowego wydzielają osad. Pod wpływem kwasu sulfosalicylowego zjawia się lekki męt, który przy nagrzewaniu zmniejsza się, a przy oziębieniu znów się zwiększa. Na podstawie tych danych i innych odpowiednich badań autor dochodzi do wniosku, że w wyskokowym wyciągu sernika znajduje się ciało białkowe, bardzo pokrewne kazeinogenie, lecz typu albumozy. Autor wypracował metodę dokładnego oddzielenia tych 2 rodzajów białka sernika, przyczem żadne z nich nie traci swoich własności: do roztczynu kazeinogeny w 0,5 prc. fosforanu sodowego dodaje się $^1/_2$ objętości nasyconego roztczynu siarczku amonowego; otrzymuje się duży męt, który po dobie lub dwóch zlepia się w śluzową masę. Przeźroczystą część odcedza się (z wielkim mozołem), rozprowadza się wodą i osadza się kwasem octowym, zbiera się na sączku, przepłukuje się wodą, wyskokiem i eterem i wysusza się na zimno. Otrzymana w ten sposób frakcya kazeiny ma wszystkie wspomniane własności ciała białkowego typu albumozy, rozpuszczającego się w 50 prc. spirytusie przy ogrzewaniu, śluzowa masa zawiera zaś tylko czysty sernik bez żadnych domieszek. W ten sposób przez badania autora stwierdzono, że sernik rzeczywiście składa się z 2 ciał o bardzo podobnym składzie.

Z. Orłowski (Ptbg.).

Doc. A Bumm. **O zaniku mięśni przy zapaleniu stawów.** (*Wiener med. Presse* 1906, Nr 51). Autor badał doświadczalnie na psach wpływ zapaleń stawów na zanik mięśni, czynnych przy ruchach tychże stawów i doszedł do wniosku, że 1) u psów występuje po dłuższem unieruchomieniu tylnych kończyn wybitny zanik mięśni prostujących; histologicznie znamionuje ten zanik pomnożenie jąder, tu i ówdzie zmniejszone prążkowanie poprzeczne, a stale zmniejszenie się szerokości włókien tych mięśni; 2) sztucznie wywołane zapalenie stawu kolanowego niema wpływu na powstawanie i rozwój zaniku mięśni. Natomiast bolesność zapalonego stawu, hamując jego ruchy, działa, jak się zdaje, podobnie do sztucznego unieruchomienia

Dr Blassberg.

Medycyna wewnętrzna.

Fock. **W sprawie podawania przetworów wyskokowych w przebiegu zapalenia płuc.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 44). Autor zasięgał wiadomości w sprawie stosowania przetworów wyskokowych w zapaleniu płuc od kierowników klinik i oddziałów szpitalnych Niemiec, Austryi, Szwajcaryi, Danii, Szwecyi i Anglii. Pokazało się, że zdania co do działania i pożyteczności wyskoku. oraz szczegółowych wskazań do jego stosowania w tej chorobie są niezmiernie rozstrzelone. Zdaje się jednak nie ulegać żadnej wątpliwości, że możnaby się wogóle bez przetworów wyskokowych obejść zupełnie. Szczegółowe badania, a nadewszystko obszerna statystyka są w tym kierunku bardzo pożądane. *Dr Maryan Godlewski.*

Prof. Veit. **Gruźlica i ciąża.** (*Therapie der Gegenwart* 1906, Z. 11). Zajście w ciążę u kobiety gruźlicą dotkniętej uważane bywa powszechnie za przypadek bardzo niepomyślny, prędzej czy później śmiercią się kończący. Autor na zasadzie swego obfitego materyału nie jest takim pesymistą i twierdzi, że nigdy nie należy wzniecać poronienia, gdy ciężarna dotknięta gruźlicą stale przybiera na wadze; zabieg ten zaś chybia znów zgoła

celu, jeżeli ciężar ciała stale spada pomimo forsownego żywienia. Jedynie tylko wtedy należy nad nim się zastanowić, jeżeli przybytek wagi jest nieregularny lub niedostateczny.

Wilczyński.

Krehl. **O nerwowych chorobach serca i o t. zw. słabości serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 48). Rozpoznawanie słabości serca z pewnych właściwości tętna, towarzyszących pewnym objawom podmiotowym, jest nieścisłe i niewłaściwe. Pojęcie nerwowej choroby serca należy zupełnie zmienić. Dotychczas łączono z tem pojęciem schorzenie lekkie, życiu nie zagrażające. W znacznej mierze polega to na tem, że badania anatomiczno-patol., dotyczące nerwowych elementów serca, są jeszcze w zawiązku. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że układ nerwowy i mięśniowy serca tworzy nierozerwalną całość, a zwłaszcza w dusznicy bolesnej objawy nerwowe i mięśniowe nawzajem się wikłają. Niewątpliwie należałoby wyróżnić grupę psychicznych zaburzeń serca. Badania z zakresu psychiatryi powinny rozstrzygnąć, czy podlegające im osoby można uważać za psychicznie zdrowe. *Dr Maryan Godlewski.*

Doc. W. Janowski. **O tętnie dwubitnem przy niedostateczności zastawek aorty.** (*Nowiny lekarskie* 1906, Nr 10). Na podstawie trzech przypadków własnych wypowiedział Goldscheider, a przed nim Geigel na podstawie jednego przypadku zdanie, że wyraźna dwubitność tętna w przebiegu niedomykalności zastawek aorty może zależeć od wikłającej ją wady zastawki dwudzielnej. Janowski rozpatrzywszy szczegółowo te cztery spostrzeżenia wywodzi, że dwubitność tętna przy wadzie aorty nie ma wartości rozpoznawczej dla wikłającej niedomykalności zastawki dwudzielnej, albowiem dwubitność w tych wszystkich przypadkach zależała od stanu gorączkowego, który i bez powikłania obu wad wywołuje dwubitność przy czystej niedomykalności zastawek aorty. Zdaniem J. powodem dwubitności tętna bywa: 1) najczęściej cierpienie gorączkowe, bez względu na rodzaj zarazka, który je wywołuje i na jego usadowienie w ustroju, 2) dyskompenzacya serca, 3) cierpienia nerwów naczynioruchowych (choroba Basedowa) i 4) wyjątkowo niektóre otrucia, np. azotanem amylowym. *Dr M. Blassberg.*

Veiel Eberhard. **O digalenie.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 44). Z doświadczeń autora wynika, że przy podawaniu digalenu tak, jak i przy naparze naparstnicy, zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego wystąpić mogą. Natomiast niezaprzeczoną wyższość tego przetworu stanowi ta okoliczność, że stosowany śródżylnie (w ilości 1—5 ctm.) działa nadzwyczaj szybko, należy więc w ten sposób stosować go w szczególności wtedy, gdy chodzi o zwalczenie ostrej niedomogi serca w chorobach zakaźnych w czasie przełomu choroby. Stosowaniu podskórnemu stoi na przeszkodzie wielka bolesność; Eulenburg zaleca wstrzykiwania śródmiąższowe. *Dr M. Godlewski.*

Prof. S. Lewaszow. **O współczesnem farmaceutycznem leczeniu chorób serca.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr 44, 45). Na podstawie swojej wieloletniej działalności lekarskiej omawia autor (Odessa) farmaceutyczne leczenie chorób serca. Autor stanowczo przeczy, jakoby oprócz naparstnicy nie było innych prawdziwie skutecznych środków sercowych. Bezwarunkowo jest to środek najlepszy, lecz nie jedyny, i przy umiejętnem stosowaniu innych środków można osiągnąć wyniki wcale nie gorsze. Ujemne strony naparstnicy stanowią: działanie zbiorowe, powolne wchłanianie i jeszcze powolniejsze wydalanie; różnica między leczniczą i śmiertelną dawką jest nieznaczna, osobliwie co do digitoksyny. W niektórych postaciach przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego (*myocarditis*) i przy zmianach wieńcowych naczyń serca naparstnica działa wprost ujemnie; natomiast inne środki, umiejętnie stosowane, sprawiają takim chorym znaczną ulgę i przedłużają ich życie. Zamiast naparstnicy niektórzy autorowie polecają strofantus, lecz autor uważa go za środek niepewny i bardzo niebezpieczny, często wywołujący nagłe zejście śmiertelne; w tych dosyć rzadkich przypadkach, gdzie przy jego pomocy udaje się poprawić działalność serca, często zjawiają się nagłe bicia serca, spadek ciśnienia krwi, sinica itd.; wogóle autorowi nie powiodło się nigdy zapomocą strofantusa utrzymywać w równowadze działalność serca w ciągu długiego czasu, jak tego właśnie w większości chorób serca potrzeba. Miłka (*adonis vernalis*) stawia autor co do działania na równi z naparstnicą, o ile się go poda w odpowiedniej postaci i dostatecznej ilości; przewyższa on zaś naparstnicę tem, że nie działa zbiorowo, można go więc podawać przez długi czas bez obawy i bez ścisłego nadzoru lekarskiego. Szczególnie dobre wyniki daje miłek przy chorobach naczyń wieńcowych serca i przy otłuszczeniu serca, a dobre wyniki w większości wad zastawek serca. Ujemną stronę tego środka stanowi drażniące jego działanie na przewód pokarmowy, które zresztą w pewnych przypadkach może być korzystne, regulując stolec, np. u osób dotkniętych otłuszczeniem serca lub stwardnieniem tętnic; zmniejszenie apetytu po podaniu miłka może być korzystne u osób otyłych, chorych na serce. Żeby jednak drażniące działanie tego środka nie przekraczało pewnych granic, trzeba go koniecznie przepisywać z odwarami śluzowymi i ulepkami i używać tylko po jedzeniu; dla uniknięcia działania przeczyszczającego można dodać makowiec. Najlepiej działa napar miłka (*infusum*); inne przetwory są niepewne. Co się tyczy dawkowania, to tylko ze wskazań życiowych można zaczynać od wielkich dawek; w ogromnej zaś większości przypadków należy zaczynać od małych dawek; chory ustrój przy dłuższem użyciu środków sercowych przyzwyczaja się do nich, trzeba ciągle zwiększać dawki, aż nareszcie i toksyczne dawki przestają działać. Że to zjawisko zależy nie od zwyrodnienia mięśnia sercowego, ale od przyzwyczajenia się do środka, widać stąd, że zastąpienie leku już nie działającego innym, nawet słabszym, zaraz polepsza działalność serca. Autor tak też i radzi postępować: przepisując naprzemian naparstnicę i miłek zdołał utrzymywać w równowadze serce w ciągu 10—15 lat. Kapusta psia (*apocynum cannabinum*) i ostrawka lekarska (*scilla maritima*), chociaż niekiedy dobrze działają na serce, lecz nadzwyczaj drażnią przewód pokarmowy. Inne środki, jakoto konwalia (*convallaria majalis*), ciemiernik (*helleborus neger*), sparteina, periplocyna (*per os*) itd. działają niestale i słabo. W późniejszych okresach choroby, gdy wskutek głębokich anatomicznych zmian środki sercowe zaczynają źle działać i powstają obrzęki, dobrze jest dla wzmocnienia działania naparstnicy i miłka dodawać kofeinę. Osobliwie dobre wyniki daje czysta teobromina, lepsze, niż diuretyna, aguryna, uroferyna i t. d. Najlepsze wyniki daje teobromina, podawana w małych dawkach, lecz często (dla kobiet 0,2, dla mężczyzn 0,3—5—6 razy dziennie po jedzeniu). Duże dawki (0,5—1,0— trzy razy dziennie) bardzo często wywołują wymioty, bole głowy itd., a nie działają wcale skuteczniej. U chorych z wrażliwym przewodem pokarmowym dobrze jest przepisywać teobrominę z *pulv. gummosus*, *pulv. altheae*, *pulv. sago* i t. d. W późnym okresie choroby, gdy środki sercowe, moczopędne i t. d., podawane wewnętrznie, przestają działać zupełnie, trzeba uciekać się do podskórnych lub śródżylnych wstrzykiwań. Ostatnimi czasy autorowie zalecają do tego osobliwie digalen i digitolan. Autor przyznaje, że digalen jest dzielnym środkiem sercowym przy wstrzykiwaniach śródżylnych i przy podawaniu wewnętrznem niema żadnej przewagi nad naparstnicą. (O digitolanie autor zdania sobie jeszcze nie wyrobił). Ujemną stroną obu tych środków jest to, że 1) oba leki są środkami tajnymi, 2) dosyć łatwo się psują, 3) są nadzwyczaj drogie. Wobec tego autor gorąco zaleca inny środek tani, o znanym składzie i nie psujący się, który należy postawić na równi z digalenem i digitolanem. Tym środkiem jest periplocyna, lecz nie wewnętrznie i nie podskórnie (z powodu niemiłego ubocznego działania miejscowego), ale w postaci wstrzykiwań śródżylnych. Autor niejednokrotnie przekonał się, że środek ten działa świetnie i długi czas nawet w tych przypadkach, w których wszelkie inne środki sercowe przestały już działać. Przy wstrzykiwaniach do żył periplocyna wcale nie drażni ścian żył i nie wywiera żadnego niepożądanego wpływu na postaciowe składniki krwi. Świeże jałowe rozczyny periplocyny można przyrządzić każdej chwili *ex tempore*, gdyż łatwo rozpuszcza się w wodzie. Dawka (*pro die et dosi*), której autor używał = 0,001. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Gluziński. **Kilka uwag o klinicznem badaniu sprawności narządu krążenia.** (*Tyg. lek.* 1907, Nr 1). Autor zaznacza doniosłość oceniania sprawności mięśnia sercowego i sprawności naczyń obwodowych, stanowiącego konieczne uzupełnienie klinicznego rozpoznania i pozwalającego na wytknięcie należytego kierunku postępowania leczniczego. W przypadku autora u młodego człowieka, ozdrowieńca po durze brzusznym, bez żadnych wykazalnych zboczeń w narządzie krążenia, skarżącego się jednak na podmiotowe dolegliwości sercowe, stwierdzono sposobem Katzensteina (por. spr. w *Przegl. lek.* 1907, Nr 2) znaczniejsze upośledzenie sprawności mięśnia sercowego. — Chory ten, który mimo przedstawień opuścił klinikę w szóstym tygodniu rekonwalescencyi, po pewnych wysiłkach dostał bicia serca, silnych zawrotów głowy i uczucia omdlewania, trwającego przez całą noc, które go w dobę po wyjściu sprowadziły z powrotem na klinikę. *Dr M. Blassberg.*

J. Sędziak. **Przyczynek do kwestyi porażeń nerwu wstecznego pochodzenia toksycznego.** (*Tyg. lek.* 1907, Nr 2).

Porażenia toksyczne nerwu krtaniowego dolnego (wstecznego) nie należą do zbyt rzadkich. Autor znalazł w piśmiennictwie 95 takich przypadków, co na ogólną liczbę przeszło 1000 przypadków porażeń tego nerwu, zebranych przez autora, wynosi przeszło 9·5 %. Porażenia te występowały najczęściej między 20. a 30. rokiem życia, i to w trójnasób częściej u mężczyzn, aniżeli u kobiet. Przyczyną tych porażeń były najczęściej ostre sprawy zakaźne, o wiele rzadziej różnorodne zatrucia. Z chorób zakaźnych najczęściej wywoływały porażenie dur wysypkowy i dur brzuszny, i to przeważnie w 3. i 4. tygodniu choroby, rzadziej już ostry gościec stawowy, na trzeciem miejscu grypa, potem błonica. Z trucizn nieorganicznych najczęściej spostrzegano porażenia nerwu wstecznego w następstwie zatruć ołowiem, potem wyskokiem, arszenikiem, fosforem i jodem.

Dr Blassberg.

Fiłosofow. **W sprawie wpływu różnych białek pokarmu na wydzielanie cukru i rozwój acydozy przy cukrzycy.** (*Russk. Wracz.* 1906, Nr 47.) Jak wiadomo, w ciężkich przypadkach cukrzycy chorzy nawet przy ściśle białkowej dyecie wydzielają z moczem znaczną ilość cukru, chociaż ustrój oddał już wszystek swój glikogen. Zjawisko to autorowie objaśniają w ten sposób, że cukier może wytwarzać się w ustroju z białka i najprawdopodobniej z zawierających się w drobinie białka kwasów aminowych; im więcej białko zawiera kwasów aminowych, tem więcej przy rozpadzie jego powinno być cukru w moczu. Autor starał się to stwierdzić, badając wpływ różnych białek pokarmu na stopień cukromoczu u chorych na cukrzycę i jednocześnie wpływ na acetonuryę. Dla badań użył autor 13-letniego chorego, wydzielającego 3—3½ litra moczu, 6—7% cukru, a acetonu około 150 mlgrm. na dobę. Choremu temu podawano ścisłą białkowo-tłuszczową dyetę, zawierającą zawsze jednakowe ilości N i tłuszczów. W pierwszym okresie chory otrzymywał przeważnie jaja, w drugim — przeważnie mięso, w trzecim dodawano do tego po 2 jabłka; 4-ty okres przejściowy bez jabłek; w piątym prócz jaj i mięsa podano twaróg. Każdy okres trwał po 5 dni, tylko 4-ty — 2 dni. Najwięcej cukru wydzielał chory w 5-ym okresie (twaróg), mniej w 2-gim (mięso), a najmniej w 1-ym (z przewagą białka jaj), jakby rzeczywiście białka, zawierające więcej kwasów aminowych, dawały większą ilość cukru, gdyż najwięcej tych kwasów zawiera sernik, mniej mięso, najmniej — białko jaj. Acetonu największa ilość przypadała na okres z najniższą ilością cukru i naodwrót, t. j. aminowe kwasy są, podobnie do węglowodanów, substancyami antyketoplastycznemi. Ciekawe dane dał 3-ci okres (z dodatkiem jabłek): od pierwszego dnia ilość acetonu spadła z 69 cntgrm. na 13 cntgm., znikł odczyn na kwas acetooctowy, ilość cukru też zmniejszyła się, a znacznie wzrosła ilość przyswajanego N, tak, że gdy w innych okresach w ogólnym bilansie chory tracił N, tu przeciwnie zatrzymywał go; to sprawia wrażenie, że dodatek niewielkiej ilości węglowodanów do dyety chorych na cukrzycę bynajmniej nie szkodzi. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Neurologia.

Żalplachta J., Parhon i Shunda. **Dwa przypadki achondroplazyi** (*Nouv. Icon. de la Salpetr.* 1905, Nr 5). Opis 2, spostrzeganych w Rumunii (Ż., nasz rodak, jest lekarzem szpitala Marcoutza) przypadków tej rzadkiej zmiany (autorowie zebrali z piśmiennictwa ogółem tylko 42 spostrzeżenia). Oba przypadki dotyczyły mężczyzn; w obu ze znamiennych objawów stwierdzono: karłowatość, będącą głównie skutkiem wrodzonego skrócenia kończyn, i to stosunkowo znaczniejszego w kościach bliższych tułowia, niż w obwodowych (*micromélie rhizomélique* P. Mariego), znamienny kształt rąk (*main en trident* P. Mariego), siodłowatość lędźwi. U jednego z tych mężczyzn (najniższego z dotąd opisanych przypadków achondroplazyi, bo mierzącego tylko 105 ctm.) były nadto: wielkogłowie, spłaszczenie nasady nosa, upośledzenie umysłowości, które stwierdzano w znacznej większości opisanych dotąd przypadków achondroplazyi; u drugiego cech tych brakło. — Autorowie uważają karłowatość wskutek achondroplazyi wrodzonej za przeciwieństwo olbrzymiości; stąd też tak, jak jako przyczynę olbrzymiości przypuszcza się nadmierną czynność przysadki mózgowej, utrzymanie się grasicy i brak wydzielania wewnętrznego gruczołów płciowych, tak znów możnaby przypuszczać, że przyczyną karłowatości achondroplastycznej są stany odwrotne: brak czynności przysadki, przedwczesny zanik grasicy, a przedewszystkiem nadmierne wewnętrzne wydzielanie gruczołów płciowych. Przypuszczenie to starają się autorowie uczynić prawdopodobnem przez zestawienie objawów klinicznych i obrazów sekcyjnych, spotykanych w przypadkach achondroplazyi i olbrzymiości. *W.*

Żalplachta Jan. **Przyczynek do anatomii patologicznej zniedołężnienia przedwczesnego** (*dementia praecox*) (*Revista stiint. med.* 1906, Nr 7—10). Autor zbadał drobnowidowo układ nerwowy ośrodkowy w 4 przypadkach zniedołężnienia przedwczesnego i stwierdził we wszystkich tych przypadkach zmiany jednakowe, różniące się tylko stopniem. Zmiany te polegają na zwyrodnieniu komórek nerwowych kory mózgowej, przedewszystkiem warstw jej najgłębszych, mianowicie najgłębiej położonych komórek piramidalnych i wielokształtnych, oraz na bujaniu komórek glejowych. Najsilniejsze zmiany rozwijają się zawsze w płatach czołowych; posuwając się ku płatom potylicznym, znajduje się zmiany coraz mniejsze. Spotykanym zmianom w naczyniach (nagromadzenie limfocytów około naczyń, złogi barwika w ich ścianach), jako nieznacznym i niestałym, nie przypisuje autor większego znaczenia. Natomiast zmiany komórek nerwowych uważa autor ze względu na ich siedzibę (najgłębsze warstwy kory mózgowej) za znamienne dla zniedołężnienia przedwczesnego i przypuszcza, że siedziba taka może być w związku z najznamienniejszymi objawami klinicznymi tej choroby. *W.*

Kellner. **Wyniki leczenia padaczki makowcem i bromem.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 48). Według autora najlepsze wyniki lecznicze w padaczce otrzymać można, łącząc leczenie makowcem i bromem i wodoleczenie. Autor zaczyna od leczenia makowcem, podając go ogółem przez 50 dni. Początkową dawkę 0,5 *extr. opii* 3 razy dziennie zwiększa autor co drugi dzień o 0,01, dochodząc w końcu do 0,29 na dawkę. W 51. dniu leczenia dostaje chory rano jednorazowo 0,30 makowca, poczem tegoż dnia w południe i wieczór po 2 gr., a w 52. i 53. dniu 3 razy dnia po 2 gr. mieszanki bromowej. Potem co dwa dni zwiększa autor dawkę dzienną mieszanki o jeden gram, od 58. dnia leczenia podaje autor 9 gramów mieszanki dziennie i to przez czas dłuższy. W razie (rzadko się zdarzającego) zaparcia stolca podaje autor sól karlsbadzką. W ciągu leczenia makowcem zażywają chorzy 3 razy dziennie po łyżce 1 % rozczynu kwasu solnego. Leczenie kąpielami stosuje K. w czasie pięćdziesięciodniowego leczenia makowcem, codziennie, również według stałego planu. W I dniu kąpiel o ciepłocie 24° C. (10 minut), w II dniu ciepłota 23° C. (9 minut), w III-cim 22° C. (8 minut); tym sposobem VIII dnia bierze chory trzechminutową kąpiel o ciepłocie 17° C., i tak codziennie do dnia XV, od XVI do XXIII dnia 17° C., 4 minuty, od XXIV do XXXI dnia 17° C. 5 minut, od XXXII do L 17° C. a 6 minut. Nie nadają się do leczenia te przypadki, w których władze umysłowe już bardzo podupadły. Nadzór lekarski w ciągu leczenia oczywiście konieczny.

Dr Maryan Godlewski.

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Ciąg dalszy.)

Leopold Sacher-Masoch syn urodził się we Lwowie 27. stycznia 1835[18]) i miał być zrazu bardzo wątłem dzieckiem tak dalece, że dla utrzymania go przy życiu przyjęto dlań — wedle Schlichtegrolla — mamkę, wieśniaczkę rusińską z pod Winnik pode Lwowem. Od mamki swej uzyskał zdrowie i siły, a nadto wedle Schlichtegrolla także »głęboką miłość dla ludu małoruskiego«, którą w istocie na każdej niemal karcie swych pism potem objawiał, łącząc ją z równie głęboką nienawiścią do wszystkiego, co polskie. Zdaniem Schlichtegrolla zawdzięczał on swej rusińskiej mamce wiadomości takie, jak podanie o Iwanie Groźnym, o czarnej carowej z Halicza, o panu Kaniowskim, Chmielnickim i o Esterce, która tak umiała opętać »dumnego« króla Kazimierza W., że poważyła się córki swoje, z królem spłodzone. wychowywać w wierze żydowskiej. Zaiste niezwykle uczoną musiałaby być ta mamka, wzięta ze wsi, której znane byłoby nawet podanie Długosza o wrzekomych córkach króla Kazimierza W., jak wiadomo odrzucone przez historyków, jak Caro lub Świeżawski, jako bezpodstawne[19]). Szczegóły te, dotyczące niezwykłego historycznego wykształcenia mamki, podane przez Schlichtegrolla, pochodzić muszą od samego Sacher-

[18]) Por. Wurzbacha B.-L. l. c. Schlichtegroll podaje rok 1836 jako rok urodzenia.

[19]) Patrz Balzera: Genealogia Piastów. Kraków 1895.

Masocha, podobnie jak i fantastyczne opowiadania o wrzekomych spiskach pań polskich z r. 1846 (miały na balach dusić oficerów austryackich pętlami drucianemi) i o okrutnej Józefie Naliszewskiej. Pierwsze lata swej młodości spędził na wsi w okolicy Lwowa, zabawiając się, jak pisze Wurzbach, z rówieśnikami polskimi, rusińskimi, żydowskimi i szwabskimi (koloniści niemieccy) po polach, lasach, karczmach i t. d. Tutaj to na wsi miał (jako mały chłopiec!) zdaniem Schlichtegrolla, widzić i poznać »den galanten polnischen Edelmann und sein lüsternes, herrschsüchtiges Weib!...« W r. 1848 przeniesiono ojca jego w charakterze radcy dworu do Pragi, gdzie się nasz autor, wówczas 13-letni, zaczął dopiero uczyć języka niemieckiego. W Pradze ukończył on studya gimnazyalne i filozoficzne. Około r. 1850 objął ojciec urząd w Gracu, a syn poświęcił się teraz studyom prawniczym, poczem uzyskał w r. 1855 stopień doktora praw, w rok potem zaś habilitował się tamże do historyi powszechnej i rozpoczął wykłady o epoce reformacyi. W r. 1867 wydał pracę »O powstaniu w Gandawie za Karola V« (Bazylea 1857), w której, oparłszy się na źródłowych badaniach, wystąpił ostro przeciw Schlosserowi, uchodzącemu naówczas za niewzruszoną powagę na polu badań historycznych. Krytyka powitała dzieło nader przychylnie, zawodowcy jednak pominęli je milczeniem, podobnie jak i następną, a zarazem ostatnią jego historyczną pracę p. t. »Upadek Węgier i Marya Austryaczka« (Lipsk 1862). Zniechęcony niepowodzeniem na polu naukowem, a zachęcony natomiast poczytnością swych krótkich powieści, zatytułowanych: Historye galicyjskie«, z których pierwsza »Emisaryusz« ukazała się w Pradze 1863, poświęcił się wyłącznie literackiej pracy. »Historye galicyjskie« dotyczyły wypadków z roku 1846, przedstawionych fantastycznie, niezgodnie z prawdą, podobnie jak w bezimiennem dziele jego ojca. Wurzbach wyraża się, że w nowelach tych traktował Polaków »jak policyant Metternichowski«. Atoli już w tych nowelach dał wybitny wyraz swego szczególniejszego uczucia względem Rusi. W tym czasie zaczyna nasz autor nawiązywać stosunki z kobietami. Schlichtegroll pisze, że był on mężczyzną, który przyciągał do siebie kobiety, jak światło przyciąga móle; po zbliżeniu się zmieniały się role, kobieta stawała się świecą, on zaś motylem, który opalał sobie skrzydła. Pierwszym z kolei był jego stosunek z Anną Kottowitzową, córką i żoną lekarza, którą po rozstaniu się jej z mężem utrzymywał przez pewien czas aż do chwili, gdy ona z innym nawiązała stosunek miłosny. Kottowitzowa odgadła jego pociąg do ulegania kochanej kobiecie aż do ostateczności. Poczęła go udręczać. Pod wpływem tych udręczeń, przejmujących go tylko rozkoszą, i pod wpływem konieczności zdobycia środków na utrzymanie kochanki, ogłasza szereg powieści i tworzy swą »Wenus we futrze«, stanowiącą syntezę jego nienaturalnego pociągu płciowego i zapatrywań na stosunek obu płci względem siebie. Po zerwaniu stosunków z Kottowitzową przestał, jak się sam wyraził, »wierzyć w uczciwość kobiety«, mimo to poświęcił jeszcze pamięci niewiernej kochanki powieść »Rozwódka, dzieje cierpień idealisty«, w której zamieszcza spowiedź swą z lat tego stosunku. Z kolei nawiązuje i rozwiązuje stosunki z Fanny Pistor, z którą fotografuje się w pozie Seweryna i Wandy, bohaterów noweli »Wenus we futrze«, z baronową (?) Reizenstein, z aktorką Clairemont i wreszcie z aktorką Jenny Frauenfeld, z którą się nawet zaręczył. Wszystkie te stosunki nie były zdolne, zdaje się, zaspokoić jego odmiennej, niż u innych mężczyzn, pożądliwości, toteż nie sprawiły na nim głębszego wrażenia. Z pamiętników pierwszej jego żony[20]) dowiadujemy się, iż czuła się przykro dotkniatą jego dziwnie naiwnem przedstawieniem poprzednich swych miłosnych stosunków. (C. d. n.)

[20]) Meine Lebensbeichte. Memoiren von Wanda von Sacher-Masoch. Berlin-Leipzig 1906.

Dr Józef Talko.

(Wspomnienie pośmiertne.)

Przy samym schyłku starego roku odebraliśmy wiadomość o zgaśnięciu jednego z najwybitniejszych okulistów polskich i najpłodniejszych naszych pisarzy.

Józef Talko od pół wieku żył dla okulistyki, znał prawie wszystkich wybitniejszych towarzyszy i utrzymywał z wszystkimi stosunki. Jego więc biografia, to pokaźny okres historyi naszej specyalności. Nie mogąc wobec świeżej mogiły, na którą choć zdala pragniemy rzucić dłonią przyjaciela wiązankę wspomnień, zbierać szczegółów i zdarzeń o zasługach naukowych i obywatelskich, postaramy się w krótkich słowach streścić życie i działalność tego niestrudzonego pracownika w naszej winnicy.

Józef Talko urodził się w r. 1838 we wsi Uninie na Polesiu ukraińskiem. Skończywszy gimnazyum żytomierskie w roku 1856, udał się na uniwersytet w Kijowie, który skończył w r. 1861. Jako wzorowy i celujący stypendysta rządowy, zniewolony pełnić służbę lekarza wojskowego, został odrazu odkomenderowany do chirurgicznej kliniki prof. Huebenetta, a w szpitalu wojskowym poruczono mu oddział okulistyczny, gdzie pierwsze stawiał kroki w tej specyalności, do której zamiłowania nabrał już w czasie studyów. Ruch narodowy i wolnościowy w Król. Polskiem w r. 1863/4 przyczynił się może do tego, iż stypendystę rządowego starano się oddalić od zetknięcia się z powstaniem i przerzucono go na Kaukaz do Tyflisu, gdzie pracował też jako sekretarz Tow. lekarzy kaukaskich.

Chcąc pogłębić swe wiadomości, podejmuje w roku 1869 pierwszą podróż naukową po Europie. Wracając przez Warszawę zastał Szkołę Główną zreorganizowaną na Uniwersytet i robił zachody celem osiągnięcia posady docenta, ale względy natury politycznej stanęły urzeczywistnieniu tego upragnionego celu na zawadzie. Powraca więc na Kaukaz, a owładnięty, jak sam pisze, nostalgią, podupada na zdrowiu. Na szczęście dostaje się w r. 1871 na posadę ordynatora szpitala wojskowego do Lublina, gdzie wśród swoich odzyskał swobodę, chęć do pracy i energię. Zakłada Towarzystwo lekarskie, zostaje jego pierwszym sekretarzem. W r. 1876 mianowany okulistą okręgowym, przenosi się z urzędu do Warszawy. W r. 1880 po kongresie międzynarodowym okulistycznym w Medyolanie, gdzie był wybrany jednym z wiceprezesów, zwiedza szpitale i kliniki okulistyczne na półwyspie apenińskim. W dwa lata potem udaje się do Pragi, a później przybywa do Poznania dla zwiedzenia młodego zakładu okulistycznego, założonego przez piszącego te słowa. Po raz pierwszy miałem wtenczas sposobność poznać tego czynnego, pełnego zapału dla ruchu naukowego, Kolegę. Na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu w roku 1884 zajął się głównie Talko obchodem jubileuszowym i wydaniem książki jubileuszowej dla uczczenia 50-letniej działalności naukowej prof. Szokalskiego.

W dziele tem obok prac zbiorowych bardzo wielu okulistów polskich, umieścił Talko bardzo cenny materyał do historyi oftalmologii w Polsce. Autor skromnie nazywa go materyałem, ale »materyał« ten tworzy już sam przez się bardzo cenną, niezmiernie wyczerpującą historyę polskiej okulistyki aż do r. 1884.

Nawiązując do książki jubileuszowej, która prawie w połowie była jego pióra, wypadałoby z kolei omówić literacką działalność ś. p. Talki, lecz już ilość prac jego jest tak znaczna (przeszło 200), że samo wyliczanie zabrałoby dużo miejsca i czasu. Stwierdzimy więc tylko, że każdą jego pracę znamionowała ścisłość i wyczerpujące zajęcie się nią. Przypominamy choćby tylko rozprawę pod tytułem »Wągr oka w Polsce«, ogłoszoną, jak tyle innych, w »Postępie okul.« (1900). Widać w niej mrówczą pilność, z jaką śledził wszystkie publikacye naukowe, a zwłaszcza te, które były pisane w języku polskim. Z wielkiem zamiłowaniem badał teratologiczne przypadki i często wyniki badanych przypadków ogłaszał. Każdy dział okulistyki budził w równej mierze jego zajęcie, ale jako lekarz wojskowy z natury rzeczy oddawał się ze szczególnym zapałem poznaniu i leczeniu zapalenia egipskiego i jego następstw. Najczęściej umieszczał prace swe w Zehendera »Klinische Monatsblätter«, którego to pisma stałym niemal był współpracownikiem, z chwilą zaś pojawienia się »Postępu Okulistycznego« skrzętnie zasilał to pierwsze i jedyne pismo polskie okulistyczne, dopóki mu ciężka niemoc pióra z ręki nie wytrąciła. I to niewątpliwie za zasługę nieboszczykowi policzyć trzeba, że nietylko sam stawał w rzędzie pisarzy polskich lub zjawiał się do zapasów naukowych na kongresach, ale o wszelkim ruchu naukowym naszym donosił do pism zagranicznych, stawiając świadectwo naszych prac wobec obcych. Oprócz prac okulistycznych ogłaszał Talko, zwłaszcza w latach dawniejszych, cenne prace z innych zakresów medycyny, zarówno po polsku, jak i w językach obcych; między innymi także i w »Przeglądzie lekarskim«.

Stosunek jego do kolegów był zawsze jak najlepszy; chociaż bowiem ś. p. Talko występował nieraz surowo, potępiając brak energii, brak solidarności, brak współpracy lub krytykując urządzenia, które zdaniem jego były niestosowne, to zawsze wyższa myśl była tego powodem! To też nawet w swych przeciwnikach budził szacunek swą miłością prawdy i miłością sprawy bronionej. Nie miał chyba celów ubocznych, egoistycznych.

A miłość jego do kraju ojczystego? Stanowisko urzędowe mogło go czasem krępować w objawieniu cisnących się z popędu serca uczuć patryotyzmu. Ale kto go, jak my, bliżej znał, ten przyzna, że biło w nim serce polskie, serce, przywiązane i do zabytków polskich i mowy i zwyczajów polskich, a pragnące gorąco wszystkiego, co krajowi służyć może.

Była to, mimo na pozór nieco ponurego, rzekłbyś surowego, wejrzenia, dusza gorąca i wylana dla swoich, przyjaciół i chorych. Oddany z całym zapałem nauce, ale niemniej poświęcaniu się dla cierpiących. To też poszukiwanym był bardzo lekarzem, a mimo to majątku nie zrobił; świadczy to, że nie zysku, ale zadowolenia spełnionego czynu szukał i je znajdował.

Otrzymawszy przed 9 laty emeryturę, przeniósł się do swego ulubionego Lublina, ale nie na to, by spocząć po trudach, bo na to nie pozwalał mu jego ruchliwy umysł. Znowu więc zabiera się do pracy zawodowej, biorąc czynny udział w Towarzystwie lekarzy lubelskich, a staraniem ciągłem spowodował otwarcie w Lublinie oddziału okulistycznego przy szpitalu św. Józefa. Stary gród trybunalski pokochał całem sercem, tu pracował, cierpiał... W samo Boże Narodzenie zakończył znojny żywot, przeżywszy 68 lat.

Niestrudzonemu pracownikowi, który działając zawsze z myślą o kraju i dla kraju, spłacił rzetelnie swe dla polskiej nauki i społeczeństwa obowiązki, niechaj lekką będzie ojczysta ziemia! *Bolesław Wicherkiewicz.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska *ogłasza następujące*

Ostrzeżenie.

L. 37. Lekarz powiatowej kasy chorych w Szczercu odniósł się do Zarządu kasy o podwyższenie wynagrodzenia z powodu wzrostu czynności. Według uchwały Wydziału Izby wschod.-gal. z 8. stycznia b. r. wzywa się wszystkich kolegów jak najgoręcej, aby żadnej posady przy wyżej podanej kasie chorych bez poprzedniego porozumienia się z Izbą nie przyjmowali.

Lwów, d. 11. stycznia 1907. Prezydent: *Dr Festenburg.*

Prezydyum „Państwowego związku organizacyi lek. austr." *ogłasza następującą odezwę:*

Do wszystkich lekarzy Cislitawii! Od czasu istnienia parlamentu i rządów konstytucyjnych w Austryi nie zrobiono nic na korzyść lekarzy, a dużo na ich szkodę. W Izbie posłów nie odezwał się nigdy żaden głos, któryby od rządu żądał uwzględnienia stanu lekarskiego, tak ważnego dla społeczeństwa. Byt stanu lekarskiego gwałtownie podupadł, a dziś niedaleko nam do proletaryatu. Dokądże jeszcze czekać będziemy cierpliwie z założonemi rękami? Czas, aby było inaczej. Zawód lekarski musi dla swych ideałów zdobyć realną podstawę. Nadchodzą wybory do Rady Państwa. Otrząśnijmy się więc z obojętności, spieszmy wszyscy do urny wyborczej i oddawajmy głosy nasze tylko tym, którzy przyrzekną popierać gorąco zawodowe interesa stanu lekarskiego. Rozwińmy wszyscy żywą agitacyę za takimi kandydatami, a równie żywą kontragitacyę przeciwko tym, od których nie możemy spodziewać się poparcia. Głównemi żądaniami powinny być: 1) wydanie ustawy, dotyczącej lekarzy (Ärzteordnung); 2) nowa państwowa ustawa sanitarna; 3) zmiana ustaw, dotyczących ubezpieczenia od przypadków, ubezpieczenia robotników i pieniężnej odpowiedzialności; 4) uregulowanie stosunków lekarzy, pozostających w służbie publicznej. Kandydujmy wreszcie i sami! Materyalne straty wyrównamy wspólnemi siłami.

Imieniem »Państwowego związku lek.« prezes: *Dr Janeczek.*

Czy jest zadużo lekarzy? Za jedną z przyczyn pogorszenia się bytu materyalnego lekarzy uważaną bywa nadmierna ich w stosunku do zapotrzebowania liczba, — według ogólnych praw, dotyczących stosunku cen pracy do podaży i popytu. Temu zapatrywaniu dał wyraz także Dr. Dunin, zagajając pierwsze zebranie warszawskiego »Stowarzyszenia lekarzy polskich«. Przeciwnikiem tego poglądu i jego konsekwencyi praktycznych (odstraszanie młodzieży od zawodu lekarskiego) jest Dr. Z Kramsztyk (»Kryt. lek.« 1),podnosząc, że pokup przedmiotu nie jest jedyną wskazówką, z której można wnosić o jego potrzebie, i że, żądając zmniejszenia liczby lekarzy dla poprawienia ich bytu, należałoby konsekwentnie żądać zmniejszenia liczby np. nauczycieli. *R.*

Rządowa służba sanitarna w Galicyi powiększona będzie według preliminarza budżetu państwowego na r. 1907 o jedną posadę w X randze i liczyć będzie 94 lekarzy, z tych w randze VI—1, VII—3, VIII—16, IX—49, X—17, asystentów 8. W Czechach (bez Moraw) jest lekarzy rządowych 112. W ciągu ostatniego dziesięciolecia przybyło posad w całej Austryi 48, w Galicyi 9, w Czechach 11. Pobory lekarzy rządowych w całem państwie wynoszą rocznie 1,659.671 K, w Galicyi 329.001, w Czechach 390.655. Dotacye na potrzeby sanitarne, podróże lekarzy, dla Rad zdrowia i t. d. wynoszą w całej Austryi 485.887 K, w Galicyi tylko 39.370, w Czechach (bez Moraw) 61.863. Upośledzenie Galicyi jest tutaj tem ważniejsze, że kraj ten jest przedmurzem, chroniącem państwo od wkraczających od wschodu zaraz, przeto na poprawę stosunków sanitarnych w Galicyi powinnoby państwo we własnym interesie łożyć stosunkowo nawet więcej, niż gdzieindziej. Systemizowane posady państwowych lekarzy policyjnych posiada prócz Wiednia tylko Praga; rządowy zakład krowiankowy prócz Wiednia tylko Czechy; dwa rządowe zakłady badania środków spożywczych mają ze wszystkich krajów koronnych także tylko Czechy (oba w Pradze). W tych kierunkach uprzywilejowanie Czech jest uderzające. Na zwalczanie epidemii preliminowano na r. 1907 dla całej Austryi kwotę 980.000 K. *R.*

Kurs dla lekarzy, drugi z rzędu, urządziła Izba lekarska wiedeńska od 14. I do 23. II b. r. Za 12-godzinny kurs jednego przedmiotu płacą lekarze do Izby należący 6 K, inni 20 K, za 6-godzinny kurs połowę tego. Kurs ten obejmuje przeważnie przedmioty t. zw. teoretyczne, które wykładać będzie 8 profesorów i docentów.

Seminaryum medycyny społecznej utworzył »Związek lipski« w Lipsku, a zamierza utworzyć w Hamburgu. *R.*

Przeciw partactwu pod firmą lekarza. Zakład leczniczy Näfels w Szwajcaryi (kierownik Dr. med. E. Kahlert) rozsyła po Austryi pocztą prospekta, w których zaleca leczenie indyjskiemi ziołami przeciwko wszelakim możliwym chorobom i zapowiada wolną od cła przesyłkę tych środków. Ponieważ chodzi tu oczywiście o wyzyskanie łatwowiernych przy obejściu przepisów, wzbraniających wprowadzania do Austryi środków tajnych, przeto ministerstwo spraw wewn. wydało do władz politycznych odpowiednie rozporządzenie (13. XII. 1906 L. 42621). (Okólnik Nam. gal. 28. XII. 1906 L. 167836 VI B.). *N.*

„O lekospisie austr. VIII" wydał mag. farm. Z. Zawałkiewicz, aptekarz w Kamionce strumiłowej, broszurkę, zestawiającą wszystkie zmiany lekospisu w porównaniu z poprzedniem jego wydaniem.

Asanizacyę galicyjskich wsi i miasteczek przez wodociągi, kanalizacyę i t. d. ułatwi rozszerzenie zakresu działania krajowego biura melioracyjnego, projektowane wskutek polecenia Sejmu z r. 1905 przez Wydział krajowy. Dwie osobno ustanowione siły (technicy) w tem biurze udzielać będą gminom fachowej porady, wykonywać na koszt kraju plany i t. d. *R.*

Szkoły dla służby sanitarnej (dezynfektorów) w Niemczech pracują bardzo gorliwie i skutecznie. W r. 1906 odbyło się 41 kursów, które kształciły 402 uczniów; z tych 396 złożyło egzamin. Służba już wykształcona ma co 3 lata składać egzamin kontrolny przed lekarzem powiatowym, a co 6 lat przechodzić kurs dopełniający. Każdy powiat ma utrzymywać odpowiednią liczbę egzaminowanej służby sanitarnej. *R.*

Zjazd felczerów polskich odbędzie się w Warszawie 23. b. m.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 6. do 12. stycznia 1907 doniesiono o 18 nowych przypadkach duru plamistego w 8 gminach, a mianowicie pow. Brzeżany (Kozłów 4, Dmuchowiec 1), Horodenka (Horodenka 3, Dąbki 4, Jasienów polny 1), Kamionka (Chołojów 3), Rawa (Biała 1), Tłumacz (Bortniki 1). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 6. do 12. I. 1907 przypadków: błonicy 6 (w tem obcy 1), krztuśca 1 (1), płonicy 20 † 3 (1 † 1), odry 39 † 1, duru brzusznego 6 † 1 (1), nagminnego zapalenia opon 1. *L.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 6. do 12. stycznia 1907 urodziło się dzieci żywo 53, nieżywo 2; zmarło osób 54 (obcych 26), z tego z gruźlicy 13 (5), zapalenia płuc 6 (1), błonicy 3 (3), płonicy 3 (3), krztuśca —, odry —, cholery niemowląt —, zakażenia przyrannego 2 (2), śmiercią gwałtowną 3 (2).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Sekcya okulistyczna (grono organizacyjne lwowskie) na I posiedzeniu, odbytem w d. 7. I. 1907 pod przewodnictwem gospodarza prof. Machka, wybrała sekretarzem doc. Bednarskiego, obrała temat ogólny i postanowiła wziąć udział w Wystawie. Prace przygotowawcze sekcyi są w pełnym toku.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 16. I. 1907 posiedzenie, na którem doc. Lewkowicz wykładał »O mongołowatości«, przedstawiając przypadek tego zboczenia, a doc. Chlumsky »O leczeniu skazy moczanowej i chorób stawów gorącem powietrzem«. W dyskusyi przemawiali drdr: Cercha, M. Godlewski, T. Piotrowski, Surzycki i prelegent. Sekretarzem dorocznym wobec ustąpienia dra Habichta wybrano dra Owsińskiego.

— Celem zwalczania gruźlicy, szerzącej się między kształcącą się młodzieżą żydowską, zawiązało się przed rokiem Towarzystwo ku niesieniu pomocy tejże młodzieży w Szczawnicy. Na ostatnim zjeździe delegatów z całej Galicyi, dnia 5. XII. 1906 w Krakowie, przystąpiono do reorganizacyi Towarzystwa i przeniesiono siedzibę głównego Zarządu do Krakowa, wybierając prezesem dra Jana Landaua, sekretarzem zaś dra Antoniego Schudmaka.

Lwów. Wydział Izby lek. wsch.-gal. odbył w dniu 8. I. 1907 posiedzenie, na którem przyjęto preliminarz budżetu na r. 1907. Przy rozprawach nad budżetem omówiono i zasadniczo przyjęto wniosek dra Mikołajskiego, aby przedstawić pełnej Izbie do uchwały obowiązkowe wpisanie wszystkich lekarzy okręgu Izby do funduszu wdów i sierót Tow. lek. gal., przy równoczesnem podniesieniu opłaty do Izby o odpowiednią kwotę i w tym celu wejść w porozumienie z Tow. lek. gal. Natomiast postanowiono odroczyć sprawę nierównego, postępowego wymiaru opłaty do Izby według wysokości dochodów z praktyki, względnie podatku zarobkowego. Omówiono w części materyał na posiedzenie pełnej Izby. Przygotowano wnioski w sprawie rozporządzenia wykonawczego do noweli ustawy o organizacyi służby zdrowia w gminach. Projekt taryfy lekarskiej, przedłożony przez lekarzy kołomyjskich, odesłano do uzupełnienia z odpowiedniemi uwagami. Postanowiono udzielić dwom lekarzom poparcia w staraniu o poprawę warunków pracy w kasie chorych. Załatwiono kilka drobniejszych spraw bieżących.

— Budowa nowych pawilonów i adaptacye starych budynków w zakładzie obłąkanych w Kulparkowie zostały ukończone. Nowe pawilony, mieszczące sale dzienne, sypialnie, separatki, korytarze, łazienki i kuchnie na parterze i pierwszem piętrze, a w suterenach mieszkania służby, magazyny i kotłownie do ogrzewania centralnego, odpowiadają według wiadomości, podanych przez dzienniki, wszelkim wymaganiom higieny szpitalnej. Adaptacye w starych gmachach dotyczyły głównie kanalizacyi i wodociągów. W budynku administracyjnym przebudowano drugie piętro na mieszkania dla SS. Miłosierdzia, przerobiono sale, przeznaczone na halę maszyn, piekarnię, kuchnie, pralnie, susznie, warsztaty rzemieślnicze i t. d. Przez wodociągi zyskał zakład dobrą wodę do picia, na której mu dotąd zbywało, liczne łazienki wannowe i natryski.

— R. dw. prof. Rydygier wybrany został do wydziału świeżo zawiązanego niemieckiego »Towarzystwa urologicznego«, którego pierwsze zebranie odbędzie się w roku b. w Wiedniu (»Tyg. lek.« 2).

Warszawa. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem zostali 8. bm. wybrani na r. b.: prezesem ponownie dr Kamocki, wiceprezesem dr A. Gabszewicz, sekretarzem dorocznym dr Landstein.

— Grono lekarzy warszawskich zamierza założyć miesięcznik lub kwartalnik, poświęcony chirurgii i dziedzinom granicznym. Wiadomość tę podaje lwowski »Tyg. lek.« (Nr 2).

— Otwarcie lokalu »Stowarzyszenia lekarzy polskich« (przy ul. Wierzbowej 9) odbyło się 17. b. m.

Z różnych stron. Berlińskie Towarzystwo lekarskie zbiera wśród lekarzy berlińskich wielką statystykę w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego.

— Posadę osobnego dentysty szpitalnego utworzono po raz pierwszy w Niemczech w berlińskim szpitalu im. Virchowa.

— Węgierskie ministeryum zarządziło, by w większych szpitalach wykonywano bezpłatnie badania plwocin co do prątków gruźliczych.

— Międzynarodowa konferencya Towarzystwa Czerwonego Krzyża, odbyć się mająca w Londynie w Maju r. b., rozda 3 nagrody (100,000 rbs.) za najlepsze wynalazki dla złagodzenia cierpień chorych i rannych. Nagrody te ustanowiła cesarzowa rosyjska.

— Prof. Roux, dyrektor zakładu Pasteura, otrzymał zapis $1^1/_2$ miliona franków od prowansalskiego chłopa, którego wnuka ocaliła surowica przeciwbłonicza.

Mianowani: dr Stanisław Puchalski lekarzem salinarnym II klasy w Lacku w Galicyi; dr Jan Fox sekundaryuszem zakładu obłąkanych w Kulparkowie;

doc. Hedinger z Berna profesorem anat. patol. w Bazylei, dr Keiffer profesorem położnictwa w Brukseli.

Powołani: Prof. P. Ernst z Zurychu na katedrę anatomii patol. do Heidelbergu (po ustąpieniu Arnolda).

Zmarli: Znany psychiatra prof. Möbius w Lipsku; b. prof. medyc. sądowej Macdonald w N. Yorku; prof. neurologii Herdmann w Michigan;

w Paryżu dr Helena Krykusówna z Warszawy; w Skierniewicach dr Stanisław Targowski, wychowaniec warsz. akademii medycznej (poprzedniczki Szkoły głównej), przez lat wiele lekarz powiatu warszawskiego, w 70 r. ż.

Redakcya otrzymała: Wrzosek: O przeszkodach w postępie patologii doświadczalnej. »Krytyka lek.« 1906. — Opolski: Studyum o upuście krwi w zapaleniu płuc. »Tyg. lek.« 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 23. stycznia 1907 o godzinie 6 wieczorem w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Sprawy administracyjne; 2) dr Zaremba przedstawi chorą po doszczętnej operacyi raka macicy sposobem Wertheim-Mackenrodta; 3) dr Rapoport wyłoży rzecz: »O bezmoczu«.

Posiedzenie sekcyi higieny niemowląt odbędzie się we wtorek d. 22. stycznia 1907 w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem. Na porządku dziennym: Plan prac sekcyi.